

Medicare y los Adultos Mayores Transgénero



QUÉ DEBEN SABER LOS ADULTOS MAYORES TRANS

Los adultos mayores transgénero poseen necesidades únicas de atención médica. A continuación le explicamos lo que Medicare está haciendo por ellos en la actualidad.



Han transcurrido casi diez años desde que el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS por sus siglas en inglés) renovó algunas de sus políticas de larga data y comenzó a incluir en su cobertura las cirugías de afirmación de género médicamente necesarias. A lo largo de este tiempo, se han venido aclarando significativamente muchas de las políticas de Medicare en relación a la atención de los adultos transgénero. A continuación, algunos de los conceptos básicos que se manejan en la actualidad.

Identificación de género

El género sexual no aparece especificado en su tarjeta de identificación, sin embargo, los registros de Medicare incluyen un marcador de género basado en la información que aparece en sus registros del Seguro Social. Si cambia su identificación de género ante la Administración de la Seguridad Social (*Social Security Administration*), dicho cambio se verá reflejado en su historial de Medicare.

Cirugías

Medicare aprueba la cobertura de cirugías de reafirmación de género médicamente necesarias para tratar la disforia de género de acuerdo a cada caso en particular. La norma que establece la necesidad médica es la misma, indistintamente de que reciba la cobertura de Medicare a través del plan original o a través de Medicare Advantage. Aunque las decisiones se toman caso por caso, Medicare se basa en las directrices propuestas por la Asociación Mundial de Profesionales de la



Salud Transgénero (*World Professional Association for Transgender Health*, (WPATH)). **Al momento de presentar su solicitud de cobertura a través del plan Medicare, su proveedor deberá puntualizar detalladamente la manera en que su caso cumple con los estándares de las normas WPATH.**

Debe recurrir a médicos que acepten Medicare. Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, por lo general deberá utilizar médicos que pertenezcan a la red u obtener un permiso para utilizar proveedores fuera de la red.

Medicamentos relacionados con la transición

Las hormonas médicamente necesarias para tratar la disforia de género suelen estar cubiertas por la Parte D de Medicare. Usualmente se requiere una autorización previa antes de aprobar la cobertura de estos medicamentos.

Procedimientos específicos para cada sexo

Medicare no denegará la cobertura de los procedimientos propios de un sexo en particular solo porque el identificador de su historial refleje una identidad sexual diferente. Un identificador que lo identifique como varón, por ejemplo, no puede ser tomado como base para denegar la cobertura de un examen pélvico si éste es médicamente apropiado para usted. Para este tipo de procedimientos, Medicare ha creado un código de facturación especial (el código de condición 45). Si su proveedor utiliza este código en relación a este tipo de procedimientos, estará contribuyendo a evitar denegaciones indebidas en la cobertura de los mismos.

Si no le es aprobada la cobertura de una intervención quirúrgica, procedimiento o



medicamento y Ud. considera que dicha denegación es incorrecta, tiene la posibilidad de apelar. La forma de hacerlo dependerá de su tipo de plan: Medicare Advantage o a Medicare Original. En la carta de denegación encontrará las instrucciones para presentar dicho recurso en cada caso.

Es importante que cuente con la colaboración y el apoyo de su proveedor médico para que su apelación sea exitosa. También puede ser

de utilidad consultar con su programa local de servicios jurídicos o con un abogado privado.

Discriminación en los servicios de salud

La legislación federal ofrece protección contra la discriminación por razones de sexo—incluidas la orientación sexual y la identidad de género—por parte de cualquier entidad sanitaria o proveedor de servicios que reciba, directa o indirectamente, fondos federales. Los reclamos sobre discriminación pueden ser presentados ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), www.hhs.gov/civil-rights. Si está suscrito a Medicare a través del plan Medicare Advantage, también le será posible presentar un reclamo al respecto.

Elegir la mejor cobertura de Medicare

Dadas las particulares necesidades que en materia de salud tienen las personas transgénero es especialmente importante que elija cuidadosamente entre las diversas opciones de cobertura que le

SEGUIMIENTO DE POLÍTICAS

El HHS ha propuesto recientemente una serie de normas para reforzar la protección contra la discriminación y ampliar el abanico de proveedores sujetos a su normativa. El reglamento planteado es sumamente específico a la hora de abordar las necesidades sanitarias de las personas transgénero. El mismo propone la prohibición de limitar los servicios sanitarios en función del sexo asignado al nacer o la identidad de género; negar los servicios de transición de género o reafirmación de la identidad de género a personas con diferentes propósitos y cualquier otra política o práctica que separe o trate a las personas de manera diferente debido a su identidad de género. Además, la normativa propuesta busca incluir dentro del concepto de discriminación sexual, no sólo la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género, sino también la referida a los estereotipos y características sexuales, incluidos los rasgos intersexuales. La reglamentación definitiva está prevista para 2023.

ofrece Medicare, ya que esto determinará sus posibilidades de acceder a los proveedores que necesita y que son de su confianza.

La posibilidad de adquirir los medicamentos recetados a precios accesibles también dependerá de la opción que elija. Al respecto le sugerimos contactar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (*State Health Insurance Assistance Program*) (SHIP) de su localidad, el cual proporciona ayuda imparcial a los beneficiarios de Medicare, sus familias y cuidadores.

Los asesores locales del SHIP pueden ayudarle a decidir cuál de las coberturas le garantiza un mejor acceso a los proveedores de atención sanitaria y a los medicamentos que necesita, sin costo alguno. El sitio web del SHIP a nivel nacional incluye un localizador de seccionales en su zona: www.shiphelp.org; el número gratuito: 877-839-2675; y la dirección de correo electrónico: info@shiphelp.org.

Si desea saber cómo prevenir, detectar y denunciar fraudes, errores o abusos de Medicare, póngase en contacto con su SMP (*Senior Medicare Patrol*) local, www.smpresource.org, o llame al 1-877-808-2468.



MEDICAID: UN PANORAMA COMPLICADO

En la actualidad, [más de la mitad de los programas estatales](#) de Medicaid cubren explícitamente la atención a las personas transgénero, aunque en las políticas de muchos estados aún se guarda silencio sobre este tema y unos pocos prohíben explícitamente su cobertura. No obstante, las políticas de Medicaid en su estado no afectan su derecho a cualquier tipo de cobertura bajo Medicare. Por otra parte, al estar inscrito en Medicaid, la ley federal lo protege contra la discriminación en residencias de ancianos, servicios de salud a domicilio y cualquier otro servicio de Medicaid. Si sufre algún tipo de discriminación puede presentar una denuncia ante la [Oficina de Derechos Civiles del HHS](#).

RECURSOS

La información de esta ficha ha sido actualizada al 22 de agosto de 2022. Para obtener información adicional o información más actualizada, visite:

GLBTQ Legal Advocates and Defenders
www.glad.org

Justice in Aging
www.justiceinaging.org

Lambda Legal
www.lambdalegal.org

National Center for Lesbian Rights
www.nclrights.org

National Center for Transgender Equality
www.transequality.org

National Resource Center on LGBTQ+ Aging
www.lgbtagingcenter.org

SAGE
www.sageusa.org

SAGE's Talk Before You Walk
www.sageusa.org/talkbeforeyouwalk

Transgender Law Center
www.transgenderlawcenter.org



Navigating Medicare



Preventing Medicare Fraud



El *National Resource Center on LGBTQ+ Aging* es patrocinado, en forma parcial, por la *Administration for Community Living (ACL)* y el *U.S. Department of Health and Human Services (HHS)* como parte de una adjudicación de asistencia financiera, por un total de USD 373.636,85 con un 72% de porcentaje financiado por ACL/HHS para un monto de USD 104,878.85 y un 28% financiado por fuente(s) no gubernamental(es). Los contenidos pertenecen a sus autor(es) y no representan necesariamente los puntos de vista oficiales de, ni son un endoso de, ACL/HHS, o el Gobierno de los Estados Unidos. Todos los derechos reservados.